






















































WOCHENPLAN → SCHMERZTAGEBUCH

Sie benötigen ein Blatt pro Woche. Bitte diese Seite so oft drucken/kopieren wie nötig.

Datum	1. TAG				2. TAG				3. TAG					
Uhrzeit	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts		
Medikamenteneinnahme Präparat														
Dosierung														
Anz.														
Anz.														
Anz.														
IBZ (Schmerzstärke)	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0			
kein Schmerz    stärkster Schmerz														
Sonstiges Befinden an diesem Tag	Stuhlgang			Schlaf	Wohlbefinden			Stuhlgang			Schlaf	Wohlbefinden		
	  			  	  			  			  	  		
Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen	keine 			mäßig 	stark 			keine 			mäßig 	stark 		
Bemerkungen														

4. TAG					5. TAG				6. TAG				7. TAG										
morgens	mittags	abends	nachts		morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts							
Anz.																							
Anz.																							
Anz.																							
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0		10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0								
Stuhlgang					Stuhlgang			Schlaf	Wohlbefinden			Stuhlgang			Stuhlgang								
  					  			  	  			  			  			  					
keine 					keine 			mäßig 	stark 			keine 			keine 			mäßig 			stark 